CONTRACEPTION

(PRINCIPES, METHODES, INDICATIONS)

- La contraception est l'ensemble des méthodes destinées à la prévention de la grossesse.
- La contraception est temporaire et réversible en opposition avec la stérilisation qui est définitive et irréversible.
- 70% des femmes de 24 à 44ans utilisent une méthode contraceptive.

LES PRINCIPES :

1-Absence de fécondation. On empêche la rencontre des gamètes mâles et l'ovocyte par :

- **Blocage de la production des gamètes** :
  --chez la femme blocage de l'ovulation par freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire ;
  --chez l'homme : inhibition de la spermatogénèse par contraception hormonale ;
- **Destruction des spermatozoïdes** dans les voies génitales féminines par spermicides ;
- **Obstacle mécanique à la rencontre des gamètes** :
  --préservatif masculin,
  --diaphragme féminin,
  --action des progestatifs sur la glaire,
- **Retrait, abstinence.**

2-Absence de nidation de l'œuf fécondé :

- Inflammation de l'endomètre provoqué par dispositif intra-utérin,
- Pilule du lendemain.

3-Effet abortif ultra-précoce.

II-LA CONTRACEPTION PEUT S'APPLIQUER :

- A chaque rapport sexuel,
- A une période du cycle : abstention périodique
- De façon permanente ; c'est la contraception dite moderne, qui permet une sexualité intégrale, permanente, et sans fécondation.

III-LA CONTRACEPTION DOIT REPONDRE A QUATRE CRITERES.

A-Efficacité, qui peut être exprimée :

Par indice de Pearl :

- C'est le nombre de grossesses survenues au cours d'un nombre de mois donné d'exposition et comparé à cent années d'exposition :
- Nombre de grossesses X1 200(100années
  Nombre total de mois d'exposition, exprimé en pourcentage années –femmes (% A.F)
- Cet indice renseigne sur la fréquence des échecs.

B-Innocuité.

- La méthode utilisée ne doit pas surexposer une femme aux risques de complications à court et à long termes.

- Les incidents (troubles de la libido, troubles digestifs, métrorragies) doivent être tolérables et peu fréquents.
- La méthode doit être sans inconvénient sur la fécondité ultérieure (réversibilité totale) et sans risque pour le fœtus.

C-Acceptabilité.

- Les conditions d'utilisation de la méthode sont variables selon :
  - ✓ Le niveau intellectuel
  - ✓ Les valeurs morales et religieuses,
  - ✓ Le profil psychique,
  - ✓ La sexualité,
- La facilité d'emploi est un critère important d'acceptabilité.

D-Faible

METHODES

1-LA CONTRACEPTION MASCULINE

1-Le coït interrompu :

- C'est le retrait de la verge avant l'éjaculation.
- Il est psychologiquement contraignant.
- Les échecs :
  - ✓ L'absence d'auto-contrôle masculin
  - ✓ L'existence de spermatozoïdes dans le liquide pré-éjaculatoire
  - ✓ La persistance de spermatozoïdes dans l'urètre masculin en cas de coïts répétés.

2-Le préservatif masculin, ou condom :

- En vente libre, il permet une protection contre les maladies sexuellement transmissibles.
- Il doit être mis en place avant tout contact génital.
- Il doit être enlevé après éjaculation, sur une verge encore en érection.

3-Contraception hormonale :

- Très peu utilisé, on doit prescrire :
  - ✓ un progestatif en continu
  - ✓ associé à l'administration locale sur les seins de pommade à la testostérone, afin d'éviter l'apparition d'une gynécomastie
- Elle n'est efficace qu'après avoir contrôlé la négativation de deux spermogrammes.
- L'innocuité est à l'étude.

2-LA CONTRACEPTION MIXTE :

C'est l'abstinence périodique, qui limite les rapports sexuels aux périodes non fertiles.

1-Méthodes d'Ogino-knaus.

Elle consiste à éviter les coïts durant la période de fécondité qui s'étend du 12éme au 16 éme jours des règles.

Le taux d'échec est de 14 à18 % A.F.

2-Méthodes des températures.

L'ovulation correspond au dernier point le plus bas de la phase hypothermique (folliculaire) ; trois jours avant l'ovulation.

L'abstention s'étend à la première phase du cycle, jusqu'au 17 éme jour du cycle de 28 jours.

Cette méthode est difficilement utilisable chez les femmes qui ont des troubles du cycle.

3-Méthodes de Billings

La période de fertilité coïncide avec la présence d'une glaire cervicale abondante et filante.

Les rapports sont proscrits pendant cette période.

3-LA CONTRACEPTION FEMININE

1-La douche vaginale

Trop d'inconvénients.

2-Les spermicides : contraception chimique locale

On utilise :

- ✓ des gels
- ✓ des crèmes
- ✓ des ovules

Ils doivent être placés avant le coït, en face du col
L'efficacité est difficile à apprécier : 2à 45 % A.F.

3-Les préservatifs féminins : diaphragme et capes

Ils doivent être associés aux spermicides
Ils nécessitent une mise en place correcte
Ils ne doivent pas être retirés que 6 à 8 heures après le coït

Leur efficacité est variable : 2à15%A.F.

4-La contraception orale

a-Les oestro-progestatifs combinés

- Ils sont normodosés (50µg d'estrogènes) ou minidosés (30µg d'estrogènes, voire 20µg d'ethinyl-estradiol).
- Ils ont pour avantages :
  - De ne pas gêner l'acte sexuel
  - D'être efficaces : 0à1%A.F
- Ils ont pour inconvénients :
  - Des incidents variables d'une femme à l'autre : nausées, prisé de poids, troubles de la libido et du caractère
  - Une innocuité discutée, accidents thromboemboliques, HTA, troubles hépatiques et métaboliques, risques carcinogènes.
  - La nécessité d'une prise régulière

b- La méthode séquentielle

- Elle est un peu moins efficace (3%A.F).
- Elle peut engendrer une hyperplasie de l'endomètre

c-La méthode progestative pure :

- Méthode continue par progestatifs micro-dosés, à action périphérique
- Méthode discontinue par progestatifs fortement dosés
  - Pers os : 1cp du 5éme au 25éme jours du cycle
  - En injection : 1injection en IM tous les 2à 3 mois
- L'efficacité est moins grande : 2à5%A.F.
- Incidents : métrorragies, troubles du cycle, troubles métaboliques.

d-Les Estroprogestatifs ;

Prescrits comme pilules du lendemain
Exemple 2cpde stédiril toutes les 12heures à 4 reprises, en commençant moins de 24h après le coït.

5-Les dispositifs intra-utérins :stérilets.

- Les stérilets sont des appareils en plastiques contenant des métaux (cuivre, argent) ou parfois de la progestérone, introduits pendant une période de 2à4ans dans la cavité utérine.
- Le mode d'action :
  - ✓ effet spermicide
  - ✓ troubles de la contractilité tubaire et utérine
  - ✓ anomalies endométriales empêchant la nidation
- L'efficacité est bonne : 2à4%A.F.
- L'absence de contrainte est un avantage important
- Incidente et accidents :
  - ✓ lors de la mise en place
    - choc vagal
    - douleur
    - perforation
    - hémorragies
  - ✓ Secondairement
    - risques infectieux : endométrites, salpingite
    - expulsion: contrôle périodique
- Le stérilet ne prévient pas la grossesse extra-utérine.

PRESCRIPTION

A-UN BILAN EST NECESSAIRE AVANT LE CHOIX DE LA METHODE

1-Etude détaillée

- des cycles menstruels
- des motivations des couples
- du comportement sexuel

2-Examen clinique complet

- examen général, cardiovasculaire, hépatique
- étude des antécédents : familiaux, personnels

  (Médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et

  Gynécologiques)

- examen gynécologiques : appareil génital, frottis

  cervico-vaginaux, seins

B- CONTRE –INDICATIONS :

- Pour le coït interrompu : éjaculation précoce
- Pour l'abstinence périodique : cycles très irréguliers
- Pour le diaphragme : réticence psychologique, trouble de la statique utérine
- Pour les stérilets :
  - ✓ maladies hémorragiques, traitement anticoagulants
  - ✓ infections génitales : endométrite, salpingite

- ✓ cavité utérine de grande taille
- ✓ nulliparité
- ✓ traitements anti-inflammatoire (échecs

- Pour la pilule estroprogestative
  - ✓ antécédents thromboemboliques et Cardiovasculaires, hypertension artérielle
  - ✓ anomalies métaboliques : lipides, glucides
  - ✓ cancers hormone-dépendants
  - ✓ fibromes
  - ✓ tabagisme après 35 ans

C-INDICATIONS

1-La contre –indication médicale à la grossesse impose le recours à une méthode efficace

- si la contre indication est définitive : stérilisation
- il faut choisir une méthode contraceptive n'interférant pas avec l'état pathologique maternel.

2-En l'absence de pathologie maternelle, d'indication médicale

a-la contraception permet une régulation des naissances

- La maternité est alors considérée comme un acte volontaire, conscient et responsable.
- La contraception doit être de la plus grande innocuité.
- Elle ne doit pas nuire à l'épanouissement que procure pour le couple l'acte sexuel

b-choix de la méthode

- Le préservatif masculin est indiqué :
  - quand l'homme désire assumer la responsabilité de la contraception
  - après l'accouchement, pour certains
- l'abstinence périodique :
  - c'est la seule méthode autorisée pour certaine religions
  - elle impose une maitrise du couple
- Les spermicides et le diaphragme, contraception assumée par les femmes est indiquée :
  - pour des périodes temporaires, post-partum.
  - lorsque la contraception orale et les dispositifs intra-utérins sont contre-indiqués
- La contraception orale, qui est la plus efficace, est préférée chez les femmes jeunes.
- Le stérilet est indiqué lorsque la contraception orale est contre-indiquée, ou entraine plus d'inconvénients que d'avantage.

CONTRACEPTION ORALE

La contraception hormonale nécessite :

- un examen soigneux, destiné à dépister les contre-indications, les prédispositions, et à choisir le type de produit le mieux adapté.
- une surveillance régulière

1-MODE D'ACTION

A-La contraception estroprogestative

- L'association d'un progestatif et d'un estrogène de synthèse une action inhibitrice sur les gonadotrophines hypophysaires FSH et LH, responsable de la maturation folliculaire et de l'ovulation (action antigonatrope)
- **L'action contraceptive est obtenue en inhibant l'ovulation.**

B- La contraception progestative pure

1-Les progestatifs à forte dose :

L'administration discontinue d'un norstéroïde possède :

- une action hypophysaire anti gonadotrope,
- une action périphérique sur la glaire et l'endomètre

2-les progestatifs à faible dose :

Administrés de façon continue, ou micropilules, ont une action contraceptive périphérique :

- altération de la glaire cervicale, qui ne permet plus la pénétration ou la survie des spermatozoïdes
- atrophie de l'endomètre, qui devient inapte à la nidation
- altération de la mobilité tubaire et utérine

2- CONTRACEPTIFS UTILISES

A-Pilules du lendemain :

- Estrogènes seuls, à fortes doses, comme contraception post-coïtale, post-ovulatoire .On utilise l'éthinylestradiol (5mg /j) pendant 5jours.
- Estroprogestatifs : stédiril 2cp toutes les 12heures pendant 48heurs.

B-Estroprogestatifs :

a-Méthode combinée ou associée.

1-Estroprogestatifs normodosés :

- Indice de Pearl : 0à1%A.F.
- L'estrogène utilisé est le plus souvent l'éthinylestradiol à la dose de 50mcg.

- Le progestatif peut être :
  - ✓ La noréthistérone :
  - ✓ Le norgestrel
  - ✓ La norgestriénone
  - ✓ L'acétate de cyprotérone

2-Estroprogestatifs faiblement dosés, ou minipilule.

- Indice de Pearl : 1%A.F.
- Le type combiné monophasique associe 30mcg d'éthinylestradiol
- Le type combiné biphasique, la dose d'éthinylestradiol est variable : 30mcg en début de cycle, puis 40mcg en fin de cycle
- La dose respective des composants fait parler d'un climat mixte - progestatif dominant ou estrogène dominant.

3-Les Estroprogestatifs :

Le progestatif est un dérivé prégnane : désogestrel,

Norgéstimate, gestodène.

b-Estroprogestatifs séquentiels :

- On administre d'abord un estrogène seul, puis une association Estroprogestative.
- L'efficacité est moindre : Pearl/3%A.F.

c-Estroprogestatifs

-comme la pilule du lendemain.

C-Progestatifs purs :

1-progestatifs microdosés : micropilules.

- Ils sont donnés en continu, tous les jours.
- Pearl : 0.5à2.5%A.F.

2-Progestatifs macrodosés en discontinu.

- Ils sont donnés en discontinu, du 5éme au 25éme jour du cycle
- Dérivés du noyau estrane (norstéroïdes)
- Dérivés du noyau prégnane

3-Progestatifs injectables :

- On utilise de l'acétate de médroxyprogestèrone 150mg en injection IM tous les 2 à 3 mois
- Cette dose provoque une atrophie de l'endomètre.

4-Chez l'homme

- La prise continue d'un progestatif par voie orale entraine l'arrêt de la spermatogénèse dans les 2à3 mois suivant l'administration.
- On utilise le médroxyprogestèrone 2cp /jour, associé à l'administration percutanée de pommade à la testostérone (risque de gynécomastie).

3-INDICATIONS

A-But anticonceptionnel : régulation des naissances :

- Les femmes de 20à35ans, non obèses
- cycles réguliers ovulatoires, sans syndrome prémenstruel
- sans antécédents familiaux ou personnels de diabète, maladie coronarienne, cancer du sein ou prurit gravidique
- sans cardiopathie, ni varices
- avec tension artérielle et lipidogrammes normaux

On choisira de préférence une pilule estroprogestative minidosée.

B-Indications thérapeutiques des Estroprogestatifs normo dosés :

- dystrophies sclérokystiques ovariennes
- syndrome de Stein-Leventhal
- dysménorrhée et algoménorrhée
- -hirsutisme idiopathique

C-Indications des progestatifs

1-Les progestatifs à forte dose, en administration discontinue :

- Femme de plus de 40 ans, (effet préventif sur les conséquences de l'hyperestrogènie relative)
- Fibromyome, ménorragies, mastopathie bénigne
- Chez les femmes de tous âges à hauts risques de cancer du sein

2-La forme injectable :

- Chez les femmes souffrant de psychopathie grave
- En cas d'impossibilité de prendre régulièrement une contraception orale
- en cas d'endométriose

3-Micropilules :

- Indiquées dans un but contraceptif en cas de contre-indication aux estrogènes
- diabète, obésité
- cardiopathie, antécédents thromboemboliques
- hyperlipidémie, hypertriglycéridémie
- insuffisance rénale, hypertension artérielle

D-Indications de la « pilule du lendemain »

- viol
- rapport sexuel unique sans protection

4-CONTRE-INDICATIONS

A-La grossesse est une contre-indication de la contraception orale

B-Contre-indications des estroprogestatifs :

1-Contre-indications formelles

- Gynécologiques :
  - ✓ cancer hormonodépendant
  - ✓ fibromes

- Métaboliques :
  - ✓ antécédents d'accidents thromboemboliques, déficit en anti-thrombine II
  - ✓ cardiopathie
  - ✓ facteurs de risques : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme après 35 ans.
- hépatiques :
  - ✓ hépatite virale non guérie
  - ✓ insuffisance hépatique, cirrhose
  - ✓ lithiase biliaire
- comitialité

2-contre-indications relatives

- varices
- mastopathie, dystrophies mammaires contre-indiquent les pilules faiblement dosées, car l'état dysovulatoire peut persister
- tabagisme avant 35 ans
- terrain migraineux, antécédents de névrite optique

3-Interactions médicamenteuses

- Ceux qui ont une activité d'induction enzymatique hépatique réduisent l'activité des Estroprogestatifs d'où concentration sérique insuffisante
- barbituriques, anticonvulsivants et des antibiotiques (rifampicine)

C- Contre indications des progestatifs fortement dosés :

- insuffisance hépatique
- antécédents thromboemboliques
- hyperlipidémie

5 – RISQUES

A-Risques liés aux progestatifs :

1-La tolérance métabolique et cardiovasculaire

- lipides :
  - ✓ Effet hypotriglycéridémiant, baisse des VLDL
  - ✓ Augmentation des LDL et à la baisse des HDL(rôle protecteur vasculaire)
- glucides :
- ✓ à fortes doses, tendance à l'induction d'une relative insulino-résistance
- coagulation :
- ✓ pas d'effet
- les accidents thromboemboliques sous progestatifs seuls sont très rares

2-effet **androgéniques** des norstéroides :

- effet anabolisant : prise de poids
- manifestations androgéniques : acné, hirsutisme, séborrhée

3-risques gynécologiques :

- risque mammaire
- troubles des règles (atrophie endomètriale)

4-risque de grossesse ‘Pearl1à3%)

Le risque de grossesse extra-utérine multiplié par 2à5 (micropilules)

B-Risques liés aux estroprogestatifs

a-Modifications métaboliques

- lipides :
  - ✓ augmentation des VLDL riches en triglycérides
  - ✓ augmentation des LDL riches en cholestérol
  - ✓ baisse des HDL, protecteurs vasculaires
- glucides :
  - ✓ effet diabétogène, avec altération du test de tolérance au glucose
  - ✓ risque existe même avec les minidosées
- anabolisant :
  - ✓ prise de poids

b-Risques cardiovasculaires :

- troubles de la coagulation :
  - ✓ hyperagrégabilité plaquettaire
  - ✓ augmentation des facteurs II, VII, VIII et X
  - ✓ diminution de l’antithrombine III

- risque d'hypertension artérielle
- risque d'accident thromboembolique
  - ✓ important s'il existe des facteurs de risques : tabac, obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète
  - ✓ il peut s'agir de phlébite des membres inférieurs, d'embolie artérielle, d'ischémie par thrombose, d'infarctus du myocarde

c-Risques tumoraux

1-Cancer du sein :

2-cancer de l'endomètre (pilules séquentiels à long terme par hyperplasie)

3-fibromyomes utérins (risque proportionnel à la dose d'estrogènes)

4-tumeurs hépatiques

5-hypophyse(les estrogènes peuvent induire la croissance d'un adénome)

6- MODE DE PRESCRIPTION

A-Un bilan préalable est indispensable :

1-examen clinique

a-Interrogatoire :

- antécédents familiaux : HTA, diabète, cancer du sein, phlébite
- antécédents personnels :
  - ✓ médicaux : HTA, ictère cholestatique, phlébite, diabète
  - ✓ chirurgicaux : cholécystectomie
  - ✓ obstétricaux : prurit ou ictère récidivant de la grossesse, complications obstétricales évoquant une hypoplasie utérine
  - ✓ gynécologiques : ménarche, caractères du cycle menstruel
- notion de tabagisme
- précision concernant la sexualité

b-l'examen général

- poids, la tension artérielle
- recherche de sucre et albumine dans les urines
- recherche des varices

c-l'examen gynécologique est complet :

- seins

- spéculum : examen du col, frottis systématique
- TV : recherche de douleurs, d'une masse utérine ou annexielle

2-bilan biologique :

- glycémie à jeun et postprandiale
- cholestérolémie, triglycéridémie
- dosage d'antithrombine III, si notion familiale de thrombophlébite

B-L'ordonnance doit être claire :

- Prise du contraceptif mini ou microdosé dés le premier jour du cycle
- prise chaque soir, d'autant plus régulièrement que la pilule est faiblement dosée
- en cas d'oubli :
  - ✓ avec une pilule normodosée, prendre le comprimé le lendemain matin
  - ✓ avec une pilule progestative, se méfier d'un retard de quelques heures qui diminue l'efficacité
- A la fin de la plaquette :

✓avec une pilule estroprogestative : arrêt de 7

Jours, reprise du début de la plaquette suivante le même jour

✓avec une pilule microdosé: prise continue sans interruption

C-Surveillance doit être régulière :

- première consultation de contrôle au bout de trois mois, puis consultation régulières tous les 6 mois.
- A chaque consultation, on précisera la tolérance de la pilule, on pratiquera un examen clinique identique à l'examen initial, frottis cervico-vaginaux et bilan biologique seront réguliers.

-

-

CONTRACEPTION PAR DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

La contraception par dispositif intra-utérin consiste à placer dans la cavité utérine un stérilet : appareil en plastique, pouvant être recouvert en partie de cuivre ou d'argent, ou parfois contenir de la progestérone.

1-MODE D'ACTION –EFFICACITE :

1-Le mode d'action :

- effet spermicide du cuivre
- troubles de la contractilité tubaire et utérine
- réaction inflammatoire locale de l'endomètre au contact du corps étranger et du cuivre, empêchant la nidation et le développement du blastocyste.

2-L'efficacité n'est pas absolu :

- indice de Pearl de 1à5% A.F.

3-Les avantages :

- garantie anticonceptionnelle prolongée.
- non liée à l'acte sexuel

2-DISPOSITIFS INTRA-UTERINS DISPONIBLES :

a-Stérilets classiques, inertes : boucle de Lippes

b-Stérilets auxquels on a ajouté au matériel plastique inerte :

- Soit un métal :
  - ✓ cuivre
  - ✓ cuivre et argent
- Soit une hormone, la progestérone ;

3-INDICATIONS :

a- la contraception par DIU :

- multipares :
- femmes ne désirant plus d'enfants

b- Le progestasert est indiqué en cas d'algoménorrhées ou de ménorragies fonctionnelles

4-CONTRE-INDICATIONS

a-Absolues :

- la grossesse
- les infections génitales : endométrites ou salpingites
- la suspicion de cancer génital
- Les traitements anticoagulants et les maladies hémorragiques

b-Relatives :

- la nulliparité
- les ATCD de GEU
- Les malformations utérines et les synéchies
- les ménométrorragies de cause inconnue

- Les polypes intra-utérins
- les fibromyomes
- les cycles très irréguliers

5-RISQUES

A-Au moment de la pose

- choc vagal
- douleur
- perforation utérine (utérus rétroversé)
- hémorragies

B-Risques secondaires

a-les échecs :

- la grossesse intra-utérine
- l'expulsion
- les infections génitales : endométrite et salpingite
- les ménométrorragies

6-PREVENTION DES COMPLICATIONS

a- La mise en place :

- pose en première partie du cycle, ou les 2derniers jours des règles
- vérification de la pose
  - ✓ de la situation et du volume de l'utérus
  - ✓ de l'absence de douleur lors de la mobilisation utérine
- mesures habituelles d'asepsie, désinfection du col

- ✓ traction douce sur le col utérin avec une pince de Pozzi, et hystéromètrie
- ✓ mise en place du stérilet au fond de l'utérus
- ✓ ne pas couper les fils trop courts : 2à3cm

b-le contrôle de la position du DIU

- Il doit être fait :
  - ✓ après les règles suivant la pose
  - ✓ puis tous les 6mois
- Il repose sur
  - ✓ L'examen clinique : fils en place
  - ✓ En cas de doute (disparition des fils) sur l'échotomographie

c-La femme doit être informée des risques et de la necessité de consultation en cas de :

- métrorragies récidivantes
- douleurs pelviennes
- fièvre inexpliquée
- leucorrhées malodorantes
- retard de règles inhabituelles

d-Lorsqu'un traitement anti-inflammatoire ou antibiotique est prescrit, il faut associer une contraction mécanique (condom, spermicide)pendant temps du traitement

e-Le DIU au cuivre doit être changé tous les 2à 4ans selon le type de stérilet

-

-